

LIÑAS ESTRATÉXICAS

LIÑAS ESTRATÉXICAS

Liñas e medidas

O Plan de Prevención do Suicidio en Galicia consta de 7 liñas estratéxicas permanentes pero revisables, nas que se articulan unha serie de medidas que abarcan a integridade da conduta suicida e dos axentes implicados nela. Estas medidas poden ir variando ao longo do tempo segundo se perciban as necesidades particulares de cada momento. Estas liñas son:

- **Liña Estratéxica 1:** Coordinación Interinstitucional ante a conduta suicida.
- **Liña Estratéxica 2:** Sensibilización, concienciación e diminución do estigma social asociado á conduta suicida.
- **Liña Estratéxica 3:** Prevención e abordaxe da conduta suicida.
- **Liña Estratéxica 4:** Limitación de acceso a medios letais.
- **Liña Estratéxica 5:** Formación de profesionais en prevención e intervención da conduta suicida.
- **Liña Estratéxica 6:** Posvención en sobreviventes.
- **Liña Estratéxica 7:** Investigación e alerta epidemiolóxica sobre a conduta suicida.

Liña Estratéxica 1: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL ANTE A CONDUCTA SUICIDA

O problema da conduta suicida require para a súa correcta abordaxe a atención desde diversos ámbitos: sanitarios, sociais e educativos, entre outros. Polo tanto, é necesaria unha correcta colaboración e coordinación entre as distintas institucións implicadas.

Medida 1. Crear unha comisión Interdepartamental que garanta a coordinación en materia de prevención da conduta suicida entre os diferentes sectores implicados.

O plan propón a creación dunha Comisión Interdepartamental que debe servir como órgano de coordinación das políticas e programas que se desenvolvan en Galicia en materia de prevención do suicidio e con representación das institucións implicadas. Entre as súas funcións estarán: servir de órgano de interlocución entre as administracións e as institucións en materia de prevención do suicidio, supervisar o desenvolvemento do Plan de Prevención do Suicidio de Galicia, elaborar propostas para a súa mellora e liderar iniciativas que sirvan para promover a prevención da conduta suicida en Galicia.

Medida 2. Elaborar protocolos e instrumentos de coordinación entre o Sistema Sanitario, o Ámbito Educativo, o Ámbito Social, a Administración de Xustiza, os Medios de Comunicación e las Forzas e Corpos de Seguridade.

A resposta global e integral na prevención do suicidio require de actuacións coordinadas entre diversos sectores da sociedade. O desenvolvemento dos protocolos de coordinación debe servir como instrumentos e guía aos profesionais para abordar correctamente unha situación de risco de suicidio.

Medida 3. Difundir e formar na implantación do "Protocolo de prevención e intervención do risco suicida no ámbito educativo".

Este protocolo, que aborda a prevención, detección e abordaxe do risco suicida no ámbito educativo, integrárase na Estratexia Galega de Convivencia Escolar 2015-2020 (Educonvives.gal), baixo o seguimento do Consello para a Convivencia Escolar da Comunidade Autónoma de Galicia.

A súa implementación, obrigatoria para todos os centros da comunidade, facilitarase mediante todas as accións informativas e formativas orientadas á difusión da estratexia, con especial incidencia naquelas persoas que levan a cabo funcións directivas e orientadoras, tanto en accións formativas específicas como noutras de carácter xeneralista nas que se inclúa como un módulo máis, en toda a rede de formación permanente do profesorado e con especial incidencia na formación en centros.

Medida 4. Mellorar e crear programas de detección e intervención do risco de suicidio no Ámbito Social (comunitario e especializado).

As taxas de suicidio aumentan coa idade, en Galicia en 2015 as taxas foron de 17,94 por 100.000 habitantes en persoas entre os 65 a 69 anos e aumentaron ata 27,44 por 100.000 habitantes en maiores de 79 anos (INE). Ao analizar as condutas suicidas en centros sociosanitarios, a maioría son cometidos por persoas cunha idade media de 75 anos, viúvas (44,9%) e con frecuencia soas (40,9%)⁹⁷. No 57,2% dos casos o método utilizado foi a sobredose con benzodiazepinas e hipnóticos e

na gran maioría non houbo intentos previos (66,4%). A tentativa de suicidio é maior nas mulleres, pero o suicidio consumado é case o dobre en homes. A principal enfermidade asociada na depresión (43,7%). Por todo iso, os profesionais do ámbito social deben estar capacitados para realizar un labor de detección e intervención de casos de risco suicida.

Existe unha gran sensibilidade ante os suicidios producidos en centros de menores, levando unha alta repercusión mediática, a pesar disto non existen investigacións específicas neste ámbito. Con todo, si que se dispón de protocolos de prevención da conduta de suicidio en centros deste tipo nalgúns comunidades, coma a nosa.

A discapacidade física considérase como un factor de risco de suicidio, sobre todo si é adquirido como consecuencia dunha enfermidade grave ou crónica¹¹. A evidencia científica actual conclúe que a relación existente entre discapacidade física e conduta suicida precisa unha avaliación psicopatolóxica e recoméndase instaurar programas de prevención sobre os propios pacientes como tamén formación para os facultativos que os atenden.

Liña Estratéxica 2: SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN e DIMINUCIÓN DO ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO Á CONDUCTA SUICIDA.

Historicamente, as persoas que se suicidan son vistas de modo negativo, a conduta suicida tende a predispoñer á imputación de estigmas, que lles afectan non soamente ao suxeito, senón a todos os familiares⁹⁸. Tamén os estigmas poden contribuir negativamente á evolución da intervención terapéutica nos intentos de suicidio e isto podería asociarse directamente con novos intentos⁹⁹. De igual forma, os sentimentos de discriminación e marxinalización poden influír noutras comorbilidades, como a predisposición ao uso de substancias psicotrópicas, ou na dificultade de iniciar un proceso de busca de axuda¹⁰⁰.

Medida 5. Editar unha guía de estilo sobre conduta suicida para medios de comunicación.

As prácticas inapropiadas dos medios de difusión ao publicar, por exemplo, suicidios de celebridades, informar sobre métodos infrecuentes de suicidio ou referirse ao suicidio como unha

resposta aceptable á crise ou á adversidade, poden chegar a exaltar o suicidio e aumentar o risco de suicidio por imitación nas persoas vulnerables¹⁰¹.

Con todo, o trato responsable da información sobre suicidios nos medios tamén demostrou unha redución nas taxas de suicidio. Ademais da formación dos seus profesionais, a distribución de guías rápidas de estilo mostrouse eficaz para mellorar o modo en que se informa sobre a conduta suicida. O desenvolvemento de guías de estilo axuda a diminuír as noticias sensacionalistas nos xornais¹⁰².

Ademais, nalgúns casos, despois da introdución destas guías, informouse dunha diminución no número de suicidios¹⁰³. Os principais aspectos que se deberían abordar na guía de estilo son: evitar as descrições detalladas das condutas suicidas, evitar o sensacionalismo, utilizar unha linguaxe responsable, informar o público en xeral sobre o suicidio, os tratamentos e os recursos dispoñibles para quen necesite axuda⁵².

Medida 6. Realizar campañas de concienciación social sobre o problema da conduta suicida.

As campañas de concienciación pretenden reducir o estigma relacionado co suicidio, potenciar a procura de axuda e aumentar o acceso á atención. Este tipo de campañas principalmente demostran o seu efecto positivo no cambio de actitude sobre este tema na sociedade. As revisións das campañas realizadas demostran que estas melloran o coñecemento do público en xeral sobre o suicidio e contribúen moderadamente a unha mellor aceptación social das persoas con depresión e outras enfermidades mentais¹⁰⁴.

Medida 7. Conmemorar anualmente (10 de setembro) o Día Mundial para a Prevención do Suicidio.

O Día mundial para a Prevención do Suicidio celébrase cada ano o día 10 de setembro. Este día foi designado pola Organización Mundial da Saúde (OMS) xunto coa Asociación Internacional para a Prevención do Suicidio (IASP) para dar a coñecer e promover medidas e accións para previr o suicidio. Como elemento identificativo creouse un símbolo que consiste nunha cinta de cor amarela en forma de lazo.

Durante este día deberían promoverse eventos en recordo das persoas que morreron por suicidio, á vez que debería servir como evento divulgativo e de concienciación dos grandes avances e estudos relacionados con este tema.

Medida 8. Promover a divulgación e sensibilización sobre a conduta suicida e a forma de identificar e intervir sobre ela na web e redes sociais institucionais do SERGAS/Consellería de Sanidade e doutras institucións e organizacións.

O desenvolvemento dunha páxina web promove os comportamentos de procura de axuda. Ademais, este tipo de páxinas demostrou ser unha ferramenta eficaz e servir como paso previo nas persoas con ideación suicida para posteriormente acceder aos servizos de saúde mental^{105,106}. O

carácter anónimo da comunicación e a facilidade de acceso a internet parece favorecer, nun principio, o contacto con grupos de alto risco e rompe as barreiras (principalmente relacionadas co estigma) para acceder posteriormente aos servizos profesionais¹⁰⁷.

Á hora de desenvolver a web debería ter en conta: a calidade da información incluída que debería estar baseada na evidencia e estar adaptada claramente diferenciando os grupos aos que irá dirixida¹⁰⁸. Así mesmo, débese valorar o enfoque preventivo, se se dirixe a un individuo ou á formación dun grupo de apoio. Definir os medios de contacto (a través de correo electrónico, chat, foro en liña etc.). Aínda que o uso de chat e/ou foros debería estar supervisado por persoas capacitadas¹⁰⁹, pola contra demostraron ser prexudiciais¹¹⁰.

Medida 9. Supervisar e alertar sobre contidos prosuicidas en webs, blogs e foros.

Unha inmensa cantidade de información sobre o tema do suicidio está dispoñible na internet e a través das redes sociais. Ao facer unha busca por un motor da internet, nas primeiras páxinas adóitase atopar información xeral sobre o suicidio (31%), prevención (29%) e información prosuicidas (11%)¹¹¹.

Existe unha evidencia crecente de que as redes sociais poden influír nos comportamentos prosuicidas. A aparición de novos medios e formas que alentan os comportamentos suicidas pode chegar a ser un risco potencial para moitas persoas vulnerables¹¹².

Unha forma de previr a conduta suicida orixinada neste medio é mediante a supervisión das entidades e persoas con responsabilidade na produción, almacenamento e distribución de contidos, asegurando que non se aloxe nin difunda contidos prosuicidas, trasladando aqueles casos que puidesen ser constitutivos de delito ou nos que houbera dúbidas aos corpos e forzas de seguridade do Estado.

Liña Estratéxica 3: PREVENCIÓN E ABORDAXE DA CONDUTA SUICIDA

Medida 10. Introducir no sistema de información sanitaria un código de identificación de pacientes en risco de suicidio.

Un dos maiores problemas á hora de identificar un paciente en risco suicida é a inexistencia de códigos diagnósticos específicos para a conduta suicida. Desta maneira, pacientes atendidos en urxencias son dados de alta con diagnósticos diferentes que non permiten a correcta filiación do paciente, nin o seu adecuado seguimento no resto de ámbitos de asistencia sanitaria. Faise, polo tanto, necesaria a implantación dun tipo de código, que pode ser complementario a outros, que permita asociar o acto sanitario coa conduta suicida dentro do sistema de información sanitaria. Este código deberase acordar entre os expertos e a administración sanitaria e servirá de base para a identificación, control e seguimento posterior do paciente ao que estea asociado.

Medida 11. Establecer un código de activación que inicie o proceso asistencial do paciente con risco de suicidio.

Independentemente da existencia dun código asociado á presenza de conduta suicida nun paciente, os distintos procesos de actuación ante a conduta suicida poderán ser activados a través dun sistema de identificación. Nestes procesos definirase a forma e os profesionais responsables da súa activación, seguimento e, se é o caso, a desactivación. Este sistema de identificación será integrado tamén nos sistemas de información sanitaria.

Medida 12. Asegurar unha resposta rápida e eficaz para a atención de pacientes con risco de suicidio en saúde mental.

Unha das claves para a adecuada abordaxe da conduta suicida é proporcionar unha resposta rápida e eficaz por parte dos seus servizos sanitarios, para tal fin, hai que identificar o tempo de resposta máximo nas derivacións entre os distintos niveis asistenciais. Máis concretamente o tempo de derivación entre:

- Atención primaria e saúde mental,
- Urxencias e saúde mental,
- Alta na Unidade de Hospitalización e Saúde Mental.

Os tempos de resposta deben ser significativamente menores en caso de nenos e adolescentes.

Medida 13. Avaliar de forma sistemática o risco de suicidio na poboación de risco, en atención primaria, servizos hospitalarios e en saúde mental.

Se existe un ámbito asistencial clave na detección e abordaxe precoz da conduta suicida, é o de atención primaria. A presenza da conduta suicida neste nivel de atención é moito máis alta do que puidese parecer. De feito, estas persoas realizan o triplo de visitas a estes servizos que a poboación xeral. Dependendo do método de avaliación utilizado, as taxas de ideación suicida mostráronse maiores, por exemplo, en adultos maiores en centros de atención primaria, con estimacións que van desde o 1% ao 10%, comparado coa poboación xeral¹¹³. Arredor do 75% das persoas que consuman o suicidio contactaron cos servizos de atención primaria no ano previo á súa morte (hai estudos que rexistran mesmo o 100% se a paciente é muller), o 45% no último mes e ata o 18% o mesmo día¹¹⁴.

A entrevista clínica é o instrumento esencial na valoración de risco de suicidio, con todo o uso de instrumentos psicométricos demostrou ser útil para aumentar a exhaustividade clínica e mellorar a forma na que se documenta a información.

Existen diferentes instrumentos de avaliación recomendados para cada nivel asistencial. Entre eles destácanse:

- Atención Primaria:
 - Escala SAD PERSONS, Escala IS PATH WARM, escala MINI.
- Urxencias:
 - Cuestionario de Risco de Suicidio de Horowitz (RSQ).
- Saúde Mental:
 - Escala de Valoración da gravidade da conduta suicida de Columbia (C-SSRS).
 - Escala de Intencionalidade Suicida de Beck (SIS).
 - Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Para facilitar o seu uso e o seguimento da evolución deste risco, estas escalas poderán estar dispoñibles dentro do sistema de información sanitaria.

Estas escalas tamén permiten obter información para o seu uso investigador e epidemiolóxico.

Medida 14. Mellorar a detección precoz e a atención dos Trastornos Afectivos e os trastornos por consumo de alcol.

A depresión maior é o trastorno mental que de forma máis común asóciase á conduta suicida, supoñendo un risco de suicidio 20 veces maior respecto de a poboación xeral¹¹.

O abuso de alcohol exerce un papel moi significativo no risco suicidio xa que un de cada catro suicidios presenta abuso de alcohol. Non só é un factor de risco, senón tamén un precipitante, existindo unha asociación estadisticamente significativa coa conduta suicida¹¹.

A colaboración entre Atención Primaria e Saúde Mental é fundamental para unha adecuada prestación sanitaria, as consultas conxuntas, os protocolos comúns, a creación de vías de comunicación efectivas, enriquecen e comprometen aos profesionais para unha mellora da atención á saúde mental, e en concreto aos pacientes con trastornos depresivos e risco de suicidio.

Medida 15. Elaborar e implantar guías de práctica clínica, protocolos de detección, abordaxe e derivación da conduta suicida en todos os ámbitos:

- Atención primaria.
- Urgencias extrahospitalarias.
- Urgencias hospitalarias.
- Unidades de hospitalización.
- Centros de saúde mental.
- Ámbito educativo
- Ámbito social (comunitario e especializado)

Os protocolos de atención proporcionan unha maior seguridade, continuidade, eficiencia e calidade na asistencia dos pacientes que presentan conduta suicida. Por iso, desenvolveranse procedementos e protocolos nos ámbitos de urgencias sanitarias, de atención primaria e de especializada, tanto de tipo ambulatorio como hospitalario. Estes protocolos estarán relacionados entre si e, nun ámbito máis interinstitucional, con outros procesos ou protocolos doutros ámbitos non sanitarios (ámbito social, educativo, forzas de seguridade etc.).

Medida 16. Garantir a continuidade asistencial dos pacientes con risco de suicidio.

A realización de intervencións breves post- alta, asegurar o contacto e a continuidade asistencial, é unha estratexia que demostrou un efecto estadisticamente significativo na redución da conduta suicida¹¹⁵.

O seguimento é especialmente importante xa que o 70% dos pacientes que realizaron un intento de suicidio nunca asisten á súa primeira cita ou manteñen o tratamento só algunhas sesións¹¹⁶. Aínda que o risco de suicidio é máis alto na primeira semana despois da alta de hospitalización do paciente. Este risco é 102 veces maior en homes e 246 veces maior nas mulleres, se compara coa poboación xeral¹¹⁷.

O seguimento pode implicar métodos como visitas a domicilio, cartas, chamadas telefónicas, correos electrónicos ou mensaxe de textos, deseñados para comprobar e avaliar o estado de benestar e o nivel de risco de persoas que recentemente levaron a cabo unha conduta suicida. Xeralmente, o seguimento realízase por medio de chamadas telefónicas e prodúcese entre 24 e 48 horas despois do primeiro contacto¹¹⁸.

Os estudos indican que o seguimento de pacientes dados de alta dun servizo de urxencias ou do ámbito hospitalario ten resultados positivos na prevención do suicidio. O uso de equipos anti crise 24 horas e programas de 7 días de seguimento mostran unha redución significativa dos intentos de suicidio nos 3 meses posteriores á alta do paciente hospitalizado¹¹⁹. O seguimento dos pacientes por teléfono dentro do primeiro mes da alta do servizo de urxencias reduce significativamente a probabilidade de que unha persoa volva a levar a cabo un intento de suicidio¹²⁰. O seguimento telefónico podería considerarse unha estratexia útil para atrasar máis intentos de suicidio e na redución da taxa de reintentos no primeiro ano¹²¹. Os pacientes que reciben seguimento teñen unha taxa de suicidio significativamente menor nos dous primeiros anos despois da alta¹²².

A través desta medida, inclúese o seguimento proactivo dos pacientes con risco suicida (tanto os dados de alta nos servizos de urxencia e nas unidades de hospitalización como o que deben acudir ás consultas de atención primaria e de saúde mental) por parte dos servizos sanitarios na forma establecida nos protocolos de actuación.

Medida 17. Mellorar a seguridade de pacientes hospitalizados con risco de suicidio.

Nas unidades de hospitalización prodúcese o 1% dos suicidios consumados. Este dato orienta á necesidade de realizar intervencións preventivas durante a hospitalización, e establecen medidas concretas descritas no protocolo de hospitalización de tipo estrutural, organizativas, de vixilancia e terapéuticas.

Dentro destas medidas preventivas débense incluír: a) a eliminación de obxectos potencialmente perigosos, onde é útil dispoñer dunha lista de verificación de obxectos (pode incluír cintos, medias, cordóns, bolsas, cables, medicamentos, obxectos punzantes ou cortantes, fármacos). É importante valorar a realización de rexistros periódicos das pertenzas dos pacientes (útiles de aseo, armarios etc.) e informar os familiares con instrucións específicas para evitar que se acceda a algún obxecto pola súa intermediación; b) restrinxir o acceso a espazos de risco mediante sistemas de bloqueo, logo da identificación e valoración dos riscos ambientais; c) establecer un nivel de vixilancia: as persoas con ideación, intención ou plans suicidas requiren ser sometidos a vixilancia continuada, establecendo tempos e momentos, lugar e responsable da vixilancia; d) toma controlada de medicación: verificar a inxestión adecuada de medicamentos.

Medida 18. Implantar intervencións terapéuticas específicas, individuais e grupais, para pacientes con risco de suicidio.

A abordaxe psicoterapéutica en pacientes con risco suicida está recomendado na GPC do SNS¹¹. En pacientes adultos recoméndanse sesións individuais e contémpanse as sesións grupais como complemento, en pacientes adolescentes a recomendación é de terapias en formato grupal e específicas (terapia dialéctico condutual en trastorno límite de personalidade e terapia cognitivo condutual en depresión maior) e en maiores de 60 anos recoméndase a terapia interpersonal.

Medida 19. Implantar o plan de seguridade como ferramenta de prevención da conduta suicida.

Un plan de seguridade é unha ferramenta moi útil para a prevención xa que pode ser utilizada polos pacientes no caso de que aparezan ideas suicidas

ou condutas suicidas no futuro¹²³. O plan de seguridade, realizado entre o profesional e o paciente, debería incluír: a) recoñecemento de sinais de alerta, describindo os signos que preceden a un posible intento de suicidio, b) estratexias de afrontamento, onde se lles explica aos pacientes o que deben e poden facer para deter a ideación suicida, c) estratexias para a distracción e soporte, que enumera unha lista de posibles actividades que o paciente pode facer para suprimir as condutas suicidas, d) contactos sociais, que inclúe unha lista de contactos sociais (familiares e amigos) que poidan servir de soporte se a ideación suicida é moi forte para afrontala só, e) contactos profesionais, composta por unha lista de profesionais capacitados cos que pode contactar para solicitar axuda, f) limitación de medios, que aborda a forma de reducir a dispoñibilidade de medios letais.

Medida 20. Introducir as novas tecnoloxías (webs, apps e weblines) como instrumento na abordaxe da conduta suicida.

Na actualidade, as intervencións en prevención do suicidio e novas tecnoloxías están a realizarse en tres ámbitos¹²⁴: a) internet: esta ferramenta pode ser utilizada para identificar posibles persoas en risco de suicidio e axudar na redirección destas persoas a recursos de axuda (tradicional ou a programas en liña¹²⁵, b) aplicacións web (tanto guiadas e non guiadas) que se desenvolveron para proporcionar intervencións psicolóxicas e axudar a reducir a conduta e a ideación suicida. As intervencións guiadas implican a presenza dun terapeuta que axuda o usuario xa sexa a través de correo electrónico ou por teléfono. As intervencións non guiadas son programas de autoaxuda que son utilizados directamente polas persoas interesadas¹²⁶, e c) apps-redes sociais, que son utilizadas con persoas que se consideran no alto risco de suicidio e que son utilizadas para monitorizar unha persoa en tempo real¹²⁷.

Medida 21. Editar e divulgar guías de orientación para pacientes e achegados.

A edición e divulgación de documentos informativos e orientativos para pacientes e achegados busca sensibilizar acerca da transcendencia do suicidio e brinda información sobre cuestións acerca do suicidio, mitos e ideas erróneas, sinais de alerta e sucesos ou circunstancias que poderían precipitar a conduta suicida. Estas guías teñen como meta favorecer a

prevención do suicidio mediante a mellor comprensión da conduta suicida por parte das persoas que a padecen e os seus achegados.

Medida 22. Realizar guías de consulta rápida para profesionais.

A edición e divulgación de documentos con recomendacións baseadas na evidencia dispoñible

son fundamentais para orientar a toma de decisións dos profesionais, unificar os criterios de atención e diminuír a variación na práctica clínica.

As guías de consulta rápida, en especial, no ámbito de atención primaria, facilita a accesibilidade a estas recomendacións e a súa aplicación na práctica diaria.

Liña Estratéxica 4: LIMITACIÓN DE ACCESO A MEDIOS LETAIS.

A limitación ou restrición do acceso a medios altamente letais, pode axudar a atrasar un intento de suicidio, principalmente nos períodos de alto risco de actuación. Igualmente, ao reducir o acceso a estes métodos, mesmo se producise unha substitución por outro método menos letal, é probable que se incremente a porcentaxe de persoas que sobreviven a un intento de suicidio¹²⁸. A proporción de intentos con resultado de morte (cociente de letalidade) varía dramaticamente dependendo do método, desde un máximo de 85%-90% ao utilizar armas de fogo, a un mínimo de 1%-2% para os métodos máis comunmente utilizados (sobredoses de medicación e feridas cun obxecto cortante)¹²⁹.

Medida 23. Identificar os puntos negros arquitectónicos e xeográficos de suicidio e crear barreiras de acceso.

Saltar desde un lugar elevado é o segundo método máis utilizado en Galicia (50 mortes en 2014, INE). Aínda que as características arquitectónicas das cidades fan que haxa moitos sitios potenciais para saltar, existen certos lugares que tenden a gañar notoriedade como puntos negros de suicidio. A instalación de barreiras de acceso demostrou ser eficiente á hora de reducir as taxas de suicidio nestes puntos¹³⁰. Aínda que o número de incidentes nestes lugares non desaparece, as barreiras serven para gañar tempo de resposta e posible intervención¹³¹. Por outra banda, pode haber un risco baixo de substitución, xa que moitas veces o intento de suicidio por este método, está relacionado co simbolismo asociado a un sitio específico¹³².

Esta medida persegue identificar estes puntos negros en Galicia e, en colaboración con deputacións e concellos, limitar o acceso ao seu uso como medio de suicidio.

Medida 24. Aumentar o control de prescrición, dispensación, tomas e provisión de fármacos.

En Galicia o envelenamento por fármacos é a terceira causa de suicidios (24 suicidios en 2014, INE). A limitación do acceso a fármacos mostrou a súa eficacia á hora de diminuír o número de suicidios por este método. Os envelenamentos con fármacos convencionais (por exemplo, paracetamol e salicilatos) mostraron unha redución significativa nos países onde se limitaron os tamaños dos envases de medicamentos¹³³.

Medida 25. Controlar o acceso a pesticidas e outros tóxicos letais.

O envelenamento con certos pesticidas de uso común é o medio máis habitual de suicidio en moitos países¹³⁴. Tres de cada catro persoas utilizan pesticidas dispoñibles no seu fogar¹³⁵. En Galicia é o sexto método máis utilizado (7 suicidios en 2014, INE). A limitación de acceso aos pesticidas aplicouse con éxito en varios países e xerou unha diminución no número de suicidios por este método despois de limitar a súa dispoñibilidade, con todo, observouse un aumento na taxa de suicidio por outros métodos¹³⁶. O uso de pesticidas debería estar regulado, por exemplo, controlando a cantidade de residuos permitidos nun cultivo dado.

Liña Estratéxica 5: **FORMACIÓN DE PROFESIONAIS EN PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DA CONDUCTA SUICIDA.**

Promover a creación de programas integrais de formación de profesionais sanitarios e non sanitarios para proveelos de ferramentas que lles permitan identificar a poboación vulnerable e lles faciliten as intervencións que deben realizar, así como axudarlles a aumentar a confianza á hora de tomar decisións nunha situación de risco inminente.

Medida 26. Capacitar os profesionais sanitarios, sociais e educativos na detección, abordaxe e seguimento de persoas en risco de suicidio.

Diversos estudos demostraron que a formación dos profesionais mellora a adherencia dos profesionais aos protocolos e guías específicos sobre suicidio, axudan a clarificar o rol do profesional fronte á atención que require un paciente suicida e aumentan a confianza na toma de decisións¹³⁷. Os programas de formación e capacitación desenvolvidos ata a data buscan aumentar o coñecemento e recoñecemento dos sinais de alerta, mellorar a adherencia ao tratamento de prácticas e intervencións validadas¹³⁸ e cambiar as posibles actitudes negativas dos profesionais cara ao suicidio¹³⁹.

Medida 27. Capacitar os profesionais das Forzas e Corpos de Seguridade e de primeira intervención en manexo de risco de suicidio e primeiros auxilios psicolóxicos.

Os axentes de policía local e nacional, bombeiros e outro persoal de primeira liña de intervención son os primeiros en responder ante unha emerxencia por risco de suicidio, polo que as súas habilidades e capacidades son fundamentais para determinar o curso e resultado destas situacións⁵⁸. É necesario, polo tanto, capacitar estes profesionais en diferentes tarefas e crear estratexias e protocolos para o manexo de situacións de risco⁴⁹. Esta capacitación debería estar orientada ao coñecemento das posibles canles de actuación e derivación, eliminación ao acceso a medios letais e recoñecemento de sinais de alerta en situacións que poden derivar nun potencial suicidio¹¹.

Medida 28. Impartir talleres para medios de comunicación sobre o tratamento informativo da conduta suicida.

O modo de informar sobre o suicidio pode ter unha influencia directa na percepción cara ao suicidio e aos problemas de saúde mental relacionados^{52,140}. O impacto do tratamento informativo nas condutas suicidas é especialmente alto cando se fai unha narración detallada dos feitos (especificase o método de suicidio e a forma de acceder ao método letal), e é aínda máis directo e significativo cando se publican detalles do suicidio (por exemplo, fotografías, titulares sensacionalistas e se informa repetidamente do suceso)¹⁴¹. Pola contra, a información sobre o suicidio axuda na prevención cando se cumpren as seguintes características: presentar o suicidio como un feito e non como un logro, resaltar as alternativas ao suicidio, proporcionar información sobre as liñas de axuda ou aportar información sobre factores de risco e sinais de alarma.

Medida 29. Capacitar outros axentes sociais (asociacións, empresas, sindicatos e outros) na identificación de factores de risco, precipitantes e sinais de alerta de risco de suicidio.

Os programas integrais de prevención do suicidio adaptados á cultura do ámbito laboral poden ser eficaces para mellorar as actitudes, coñecementos e comportamentos e poden reducir significativamente as taxas de suicidio¹⁴². Existen moitos factores de risco de suicidio que se producen no ámbito do traballo, aínda que na comunidade se descoñecen datos fiables (en EEUU, por exemplo, entre 2003 e 2010 rexistráronse un total de 1719 suicidios no lugar de traballo)¹⁴³.

A OMS recomenda que a formación de axentes clave debería estar dirixida a aumentar as habilidades de comunicación sobre cuestións relativas ao suicidio, mellorar a capacidade para identificar síntomas depresivos e conduta suicida e aumentar o coñecemento sobre os recursos dispoñibles⁵³.

Liña Estratéxica 6: POSVENCIÓN EN SOBREVIVENTES

O falecemento por mor dun suicidio supón unha situación de grande impacto vital nos seus familiares e achegados. O dó tras unha situación de suicidio pode chegar a ser máis complicado debido aos estigmas e implicacións emocionais que poden derivarse (sentimentos de culpa, procura de explicacións etc.)¹⁴¹. Estas posibles características confiren un maior risco de aparición de trastornos como a depresión, trastorno por tensión postraumática e un posible risco de suicidio de entre dúas e dez veces maior comparado coa poboación xeral^{144,145}.

Medida 30. Fomentar o asociacionismo e a axuda mutua entre sobreviventes ao suicidio.

O asociacionismo e o apoio mutuo entre iguais é moi útil como vía de intercambio de experiencias, consellos, creación de relacións e desenvolvemento de estratexias que axudan a validar as reaccións e emocións entre sobreviventes. Fundaméntase nun sistema de dar e recibir axuda baseada nos principios fundamentais de respecto, responsabilidade compartida e acordo mutuo^{146,147}.

Estas intervencións son un compoñente importante do sistema de soporte. Varios estudos sinalan que axudan a reducir o illamento, provén unha maior sensación de aceptación, favorecen a normalización das experiencias e permiten unha mellor racionalización destas^{148,149}. Os grupos de autoaxuda mostraron ser moi beneficiosos en casos de dó complicado^{144,150}. En moitos casos, os sobreviventes tras a participación nestas intervencións foron capaces de desenvolver novos comportamentos máis positivos, o que contribuíu a previr estes dós complicados¹⁵¹.

A través desta medida preténdese promover e facilitar a formación de grupos de sobreviventes e fomentar a súa actividade como recurso de axuda mutua.

Medida 31. Proporcionar atención específica para sobreviventes.

O dó complicado descríbese como aquel que está marcado pola angustia persistente, deterioración no funcionamento diario e unha incapacidade para renovar o funcionamento cotián¹⁵².

Algúns estudos suxiren que entre un 10% a un 20% dos sobreviventes poden chegar a desenvolver un dó complicado¹⁵³.

A pesar de que non existe un gran número de estudos¹⁵⁴, os resultados coinciden en que o papel da farmacoterapia e a psicoterapia son fundamentais naqueles casos que mostran alto risco de problemas de saúde mental. Por iso, é conveniente dispoñer dunha atención específica a este grupo de risco a través de intervencións preventivas e terapéuticas.

Medida 32. Implantar técnicas de briefing e debriefing entre profesionais.

As reaccións dos profesionais sobreviventes ao suicidio de pacientes inclúen unha ampla gama de emocións como: culpa, tristeza, depresión, desmoralización, ira, shock, negación, dor e nalgúns casos poden derivar en inseguridade profesional^{155,156}.

Algúns estudos sinalaron a importancia de proporcionarlles aos profesionais ferramentas ou técnicas para reducir o impacto persoal e profesional dun suicidio¹⁵⁷. Algunhas experiencias sinalan a eficacia das técnicas de *defriefing* para diminuír os efectos e emocións negativas, nalgúns casos axudan a que estes sexan procesados máis rapidamente¹⁵⁸.

Os equipos de xestión de incidentes críticos (Critical Incident Stress Management “CISM”) utilizáronse como equipos de soporte e atención tras un evento crítico. Estes grupos utilizan técnicas de intervención psicolóxica onde se axuda os profesionais nun “peche psicolóxico” despois dun evento traumático e, se é necesario, facilítase a referencia a un profesional especializado¹⁵⁹.

Liña Estratéxica 7: INVESTIGACIÓN E ALERTA EPIDEMIOLÓXICA SOBRE A CONDUCTA SUICIDA

A investigación e alerta epidemiolóxica supoñen unha ferramenta importante na prevención do suicidio, xa que non só permiten a recollida de datos, análises e avaliación destes, senón que, pola súa vez, axudan a tomar decisións baseadas na

evidencia que logo poden ser implantadas e executadas nos diversos programas de prevención da conduta suicida.

Medida 33. Rexistrar e analizar os intentos suicidas nos servizos sanitarios.

O intento de suicidio é unha das principais causas de demanda de atención nos servizos de atención psiquiátrica. Os intentos de suicidio rexistrados nos hospitais estímense en 11 altas por 100.000 habitantes e presentan unha elevada variabilidade entre as comunidades autónomas⁷. Estudos de poboación xeral en España cifran unha prevalencia de 1,5% de tentativas de suicidio, máis frecuentes en mulleres novas e con nivel educativo baixo¹⁶⁰. As cifras actualmente rexistradas nos servizos sanitarios inducen a pensar nun “infra rexistro” nas historias clínicas e/ou “infra codificación” destes, e a posible presenza de diferentes criterios á hora do seu rexistro e codificación¹⁶¹. É fundamental establecer criterios de codificación e rexistro homoxéneos en toda a comunidade que garantan unha correcta identificación e contabilización dos casos para a súa posterior análise e prevención.

Medida 34. Mellorar os procedementos de tramitación estatística das defuncións por suicidio en Galicia.

Actualmente o rexistro das mortes por suicidio non está libre de problemas metodolóxicos^{13,43}. O proceso administrativo de adscrición dunha defunción xudicial a unha causa ou a outra é complexo e implica a varias administracións. A mellora deste proceso leva unha información máis exacta do número de suicidios en Galicia.

Medida 35. Fomentar a realización de autopsias psicolóxicas.

A autopsia psicolóxica é considerada como o método máis directo para estudar a relación entre os diversos factores explicativos e o suicidio consumado¹⁶². Con todo, á hora de levala a cabo é importante evitar as desviacións na recollida e análise da información.

Revisións recentes sinalan que este método debería ser realizado mediante varias entrevistas cualitativas a un gran número de sobreviventes relacionados coa persoa que se suicidou, permitíndolles a cada un deles contar a súa versión¹⁶³. Esta información recollida debería posteriormente ser analizada sistematicamente en termos da relación entre o informante e o falecido (non só considerando o parentesco). Desta forma, preténdese alcanzar unha comprensión xeral do suicidio e especificamente analizando os contextos

particulares de cada persoa que se suicidou, e contribuír así a identificar elementos comúns que na práctica poidan ser usados na prevención do suicidio.

Con todo, a realización de autopsias psicolóxicas non é práctica habitual ao producirse un suicidio. A información que estas autopsias proporcionan é de gran valor para comprender o acto por parte dos seus sobreviventes e para previr outros suicidios en Galicia.

Medida 36. Crear o Observatorio Galego do Suicidio, que analice e difunda a información sobre conduta suicida e as boas prácticas sobre prevención e abordaxe.

O Observatorio Galego do Suicidio quérese crear co obxectivo de potenciar a investigación e a prevención da conduta suicida en Galicia. A través del, preténdese garantir a promoción, produción e divulgación da investigación e do coñecemento científico xerado nesta materia. Ademais, servirá de soporte para a planificación de novas accións de investigación e a actualización dos coñecementos e capacidades dos profesionais.

Medida 37. Priorizar a investigación na conduta suicida nos programas e convocatorias de investigación institucionais.

Como unha forma para impulsar e apoiar proxectos de investigación en Galicia sobre a conduta suicida, priorizarase a inclusión de liñas de investigación en suicidio nas convocatorias autonómicas. Segundo as recomendacións da GPC de Prevención e Tratamento da Conduta Suicida no SNS¹¹ entre as liñas de investigación prioritarias destacan:

- Analizar a epidemioloxía dos intentos de suicidio en Galicia
- Mellorar a recollida de datos dos suicidios consumados.
- Identificar grupos de especial risco de suicidio para mellorar a identificación e orientación das intervencións preventivas nestes grupos.
- Valorar a efectividade dos factores de protección específicos en relación coa conduta suicida.
- Valorar a validez predictiva das escalas de avaliación do risco suicida.
- Adaptación e validación ao contexto da comunidade de escalas que demostrasen adecuadas propiedades psicométricas para a valoración do risco suicida.

LIÑAS ESTRATÉXICAS E MEDIDAS DE ACTUACIÓN

1

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

- Medida 1. Comisión Interdepartamental.
- Medida 2. Protocolos intersectoriais.
- Medida 3. Protocolo de prevención en Educación.
- Medida 4. Programas de prevención no Ámbito Social.

2

SENSIBILIZACIÓN E CONCIENCIACIÓN

- Medida 5. Guía de estilo.
- Medida 6. Campañas de concienciación social.
- Medida 7. Día Mundial para a Prevención do Suicidio.
- Medida 8. Redes sociais institucionais.
- Medida 9. Seguimento de contidos producidos.

3

PREVENCIÓN E ABORDAXE

- Medida 10. Código de risco de suicidio.
- Medida 11. Código de activación.
- Medida 12. Tempos de resposta.
- Medida 13. Avaliación sistemática.
- Medida 14. Detección precoz dos trastornos afectivos e alcohol.
- Medida 15. Guías e protocolos de actuación.
- Medida 16. Continuidade asistencial.
- Medida 17. Seguridade hospitalaria.
- Medida 18. Intervencións psicoterapéuticas.
- Medida 19. Plan de Seguridade.
- Medida 20. Novas tecnoloxías.
- Medida 21. Guías para pacientes e achegados.
- Medida 22. Guías rápidas para profesionais.

4

ACCESO A MEDIOS LETAIS

- Medida 23. Puntos negros arquitectónicos e xeográficos.
- Medida 24. Control de fármacos.
- Medida 25. Control pesticidas e tóxicos.

5

FORMACIÓN DE PROFESIONAIS

- Medida 26. Profesionais sanitarios, sociais e educativos.
- Medida 27. Profesionais de primeira intervención.
- Medida 28. Talleres para medios de comunicación.
- Medida 29. Axentes e facilitadores sociais.

6

POSVENCIÓN EN SOBREVIVENTES

- Medida 30. Fomento do asociacionismo.
- Medida 31. Atención específica.
- Medida 32. Briefing e debriefing entre profesionais.

7

INVESTIGACIÓN E ALERTA EPIDEMIOLÓXICA

- Medida 33. Intentos suicidas.
- Medida 34. Tramitación estadística.
- Medida 35. Autopsias psicolóxicas.
- Medida 36. Observatorio Galego do Suicidio.
- Medida 37. Priorización de investigación.